

Các Câu Hỏi và Câu Trả Lời về Giấy Ủy Quyền Quyết Định Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn (DPOAHC)

Giấy Ủy Quyền Quyết Định Chăm Sóc Sức Khỏe Dài Hạn (Durable Power of Attorney for Health Care hay viết tắt là DPOAHC) là gì?

Giấy DPOAHC cho phép quý vị chỉ định một người đại diện chăm sóc sức khỏe có quyền đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Việc ủy quyền này gồm cả quyền quyết định sử dụng các biện pháp hỗ trợ sự sống nếu quý vị không còn có khả năng tự nêu lên ý muốn của mình.

Tôi cần làm thế nào để chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe?

Hãy đảm bảo rằng người quý vị chọn làm đại diện chăm sóc sức khỏe hiểu rõ và đồng ý làm theo các nguyện vọng của quý vị và sẵn sàng nhận trách nhiệm đưa ra các quyết định y tế theo ý của quý vị ngay cả khi người khác không đồng ý với những nguyện vọng đó.

Người mà quý vị chỉ định làm đại diện chăm sóc sức khỏe:

- Phải được ít nhất 18 tuổi và có đủ năng lực tâm trí.
- Có thể là một thành viên gia đình hoặc bạn thân mà quý vị tin tưởng sẽ quyết định đúng các vấn đề hệ trọng.
- Không nhất thiết phải là vợ/chồng, bạn tình hay thành viên gia đình ruột thịt của quý vị.
- Không nhất thiết phải sống ở Washington, nhưng cần sẵn sàng trao đổi nếu quý vị gặp trường hợp y tế khẩn cấp.

Quý vị không thể chỉ định những người sau đây làm đại diện chăm sóc sức khỏe của mình:

- Bác sĩ hay một nhân viên làm việc cho bác sĩ của quý vị.
- Chủ sở hữu, giám đốc điều hành hay nhân viên của một cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi quý vị đang nằm hay điều trị vào lúc quý vị ký giấy DPOAHC.

Nếu tôi không chỉ định một đại diện chăm sóc sức khỏe thì sao?

Nếu không chỉ định một đại diện chăm sóc sức khỏe thì luật pháp Washington sẽ chỉ định người thay mặt cho quý vị. Người đại diện sẽ được chọn theo thứ tự trong danh sách dưới đây:

- Người giám hộ có quyền quyết định về việc chăm sóc sức khỏe, nếu tòa án đã chỉ định người giám hộ như vậy.
- Vợ/chồng hay bạn đời đã đăng ký của quý vị (thậm chí nếu quý vị đã ly thân nhưng chưa ly dị chính thức).
- Những người con trưởng thành của quý vị.
- Cha mẹ của quý vị.
- Anh chị em trưởng thành của quý vị.
- Trong trường hợp nhiều hơn một người được ủy quyền, ví dụ như con cái, cha mẹ hay anh chị em của quý vị, thì tất cả họ phải thống nhất với nhau về các quyết định.

Nếu vợ/chồng hay bạn đời đã đăng ký của tôi là người đồng giới thì sao?

Bạn đời hay vợ/chồng của quý vị có thể sẽ không có quyền quyết định việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị hoặc thậm chí có thể không được phép vào thăm quý vị nếu quý vị gặp vấn đề y tế khẩn cấp ở bên ngoài tiểu bang Washington. Phải ghi tên bạn đời hay vợ/chồng vào mẫu DPOAHC này để chỉ định họ làm đại diện chăm sóc sức khỏe nếu quý vị muốn họ có quyền quyết định việc chăm sóc y tế cho mình khi đi du lịch bên ngoài tiểu bang Washington.

Nếu tòa án chỉ định người giám hộ cho tôi thì sao?

Luật pháp tiểu bang Washington không bắt buộc tòa án phải coi đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị là lựa chọn đầu tiên để làm người giám hộ. Tuy vậy việc yêu cầu một trong những đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị làm người giám hộ là hợp lý bởi vì đó chính là người quý vị tin tưởng. Thẩm phán không bắt buộc phải chỉ định người quý vị yêu cầu nhưng chắc có lẽ sẽ nghiêm túc xem xét ý muốn của quý vị.

Tôi cần làm thế nào để rút lại hay hủy bỏ giấy DPOAHC của mình?

Quý vị có thể rút lại giấy DPOAHC vào bất kỳ lúc nào bằng bất kỳ cách nào sau đây:

- Hủy bỏ, gạch đi, xóa sạch, đốt, xé hay bằng cách khác phá hủy văn bản đó hoặc nhờ người khác phá hủy văn bản đó trước mặt quý vị. Phải phá hủy tất cả các bản sao của hồ sơ.
- Viết văn bản rút hồ sơ có chữ ký và đề ngày.
- Nêu lên ý định rút hồ sơ bằng lời nói.

Tôi nên lưu giữ giấy DPOAHC của tôi ở đâu?

Hãy lưu giữ văn bản gốc có chữ ký ở nơi an toàn, dễ lấy và báo cho đại diện biết nơi đó. Các bản sao giấy DPOAHC của quý vị có giá trị pháp lý y như bản gốc. Hãy đưa bản sao của bản gốc có chữ ký cho (các) đại diện chăm sóc sức khỏe, bác sĩ, luật sư, người thân, bạn thân, lãnh đạo tôn giáo và bất kỳ người nào khác có thể tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Nếu quý vị phải nhập cơ sở điều dưỡng hay bệnh viện thì hãy đưa bản sao hồ sơ của mình để lưu vào hồ sơ y tế. Để đảm bảo giấy DPOAHC luôn ở nơi dễ lấy, quý vị có thể nghĩ đến việc mang theo bản sao ở ví, túi xách, xe hơi hoặc vali.

Nếu tôi muốn thay đổi nội dung thì sao?

Nếu quý vị muốn thay đổi nội dung của văn bản này sau khi quý vị và nhân chứng đã ký tên thì quý vị nên lập một văn bản mới. Tuy nhiên, quý vị có thể cập nhật địa chỉ hay số điện thoại mà không cần lập văn bản mới. Các nội dung được cập nhật cần được ký tắt tên và ghi ngày.

Nếu tôi đi du lịch sang các tiểu bang khác thì sao?

Khi đi du lịch, quý vị có thể mang theo bản sao của giấy DPOAHC của mình vì các tiểu bang khác có thể chấp nhận và thực hiện theo văn bản này. Cho dù họ có thể có các quy định riêng biệt về việc đóng dấu công chứng hay nhân chứng nhưng hầu hết các tiểu bang không yêu cầu phải sử dụng một bản mẫu hay hình thức cụ thể cho việc đó.

Giấy DPOAHC của tôi có cần chữ ký của nhân chứng hay đóng dấu công chứng không?

Bắt đầu ngày 1 tháng 1 năm 2017, các giấy DPOAHC phải có chữ ký của 2 nhân chứng hoặc đóng dấu công chứng để có giá trị ràng buộc về mặt pháp lý.

Nhân chứng phải:

- Được ít nhất 18 tuổi,
- Không phải là người họ hàng ruột thịt, thông gia hay có liên hệ đến quý vị qua việc nhận con nuôi,
- Không phải là đại diện chăm sóc sức khỏe được chỉ định trong văn bản này,
- Theo họ được biết thì không phải là người thừa kế theo di chúc và không có quyền yêu cầu bất kỳ thứ gì từ khối di sản của quý vị,
- Không tham gia trực tiếp trong việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị,
- Không phải là nhân viên của bác sĩ hay một cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi quý vị có thể cư trú.

Các giấy DPOAHC được lập trước ngày 1 tháng 1 năm 2017 sẽ vẫn có hiệu lực pháp lý miễn là phiên bản đó đã đáp ứng các yêu cầu hiện hành của luật pháp Tiểu Bang Washington vào lúc ký tên. Ngoài ra, một số tiểu bang quy định rằng giấy DPOAHC phải được công chứng. Fred Hutchinson Cancer Center cung cấp dịch vụ công chứng miễn phí cho các văn bản lập kế hoạch chăm sóc trước ở Trung Tâm Nguồn Trợ Giúp Dành Cho Bệnh Nhân và Gia Đình nằm ở lầu 3

GIẤY ỦY QUYỀN QUYẾT ĐỊNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE DÀI HẠN của: _____
{viết tên quý vị bằng chữ in hoa tại đây}

Văn bản này nhằm mục đích cung cấp thông tin và hướng dẫn cho đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi nếu tôi mất khả năng tự nêu lên ý muốn của mình. Tôi hiểu rằng trước khi ký tên vào văn bản chỉ thị này, tôi có thể bổ sung, xóa bỏ hay bằng cách khác thay đổi nội dung văn bản. Tôi có thể bổ sung hay xóa bỏ nội dung vào bất kỳ lúc nào trong văn bản chỉ thị này và việc thay đổi nội dung như vậy phải phù hợp với luật pháp của Tiểu Bang Washington hoặc luật hiến pháp liên bang để có hiệu lực pháp lý. Bây giờ tôi chính thức hủy bỏ tất cả các văn bản ủy quyền quyết định chăm sóc sức khỏe mà tôi đã ký tên trước đây.

1. Các Trường Hợp Khi Tôi Muốn Văn Bản này Được Sử Dụng

Tôi muốn văn bản này được sử dụng nếu tôi không thể tự đưa ra (các) quyết định về việc chăm sóc sức khỏe do bị khuyết tật hay mất khả năng. Tôi hiểu rằng tình trạng mất khả năng này có thể tạm thời. Tôi cũng hiểu rằng cho dù tôi mất khả năng quyết định một số việc nào đó nhưng tôi vẫn có thể có khả năng quyết định những việc khác. Tôi muốn tự quyết định từng việc chăm sóc sức khỏe cho mình chừng nào tôi còn có khả năng.

2. Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi

Người tôi chỉ định làm đại diện cho tôi là:

Đại diện dự phòng của tôi là (tùy chọn):

Tên _____

Tên _____

Địa chỉ _____

Địa chỉ _____

Điện thoại _____

Điện thoại _____

Trước đây tôi đã lập {ký tắt tên vào tất cả các câu thích hợp}:

Văn Bản Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe

(ví dụ như di chúc sống, giấy chỉ thị trước)

_____ Có _____ Không

Y Lệnh Điều Trị Duy Trì Sự Sống (POLST)

_____ Có _____ Không

3. Đại Diện Của Tôi Được Ủy Quyền Như Sau

Tôi cho phép đại diện của tôi có toàn quyền quyết định tất cả các khía cạnh của việc chăm sóc sức khỏe cho tôi. Quyền này bao gồm, nhưng không giới hạn ở:

- Ứng thuận, từ chối ứng thuận và rút lại sự ứng thuận đối với các phương pháp điều trị y tế mà bác sĩ của tôi khuyến nghị, gồm cả các phương pháp điều trị duy trì sự sống;
- Yêu cầu các phương pháp điều trị y tế cụ thể;
- Xem các hồ sơ và thông tin y tế của tôi;
- Thuê và sa thải những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe;
- Thay đổi hãng bảo hiểm sức khỏe của tôi;
- Lập bản Y Lệnh Điều Trị Duy Trì Sự Sống (POLST) thay mặt cho tôi;
- Chuyển tôi ra khỏi một cơ sở chăm sóc sức khỏe đến một cơ sở khác, một nhà riêng hay chỗ khác.

Quyền xem thông tin cũng áp dụng cho các thông tin nằm trong phạm vi điều chỉnh của phiên bản sửa đổi gần đây nhất của Đạo Luật Trách Nhiệm và Quyền Chuyển Đổi Bảo Hiểm (HIPAA) năm 1996.

4. Trường Hợp Tòa Án Chỉ Định Người Giám Hộ Cho Tôi

Nếu tôi đã chỉ định một đại diện chăm sóc sức khỏe thì tôi muốn người đó làm người giám hộ cho tôi. Nếu người đó không thể đảm nhận nhiệm vụ này thì tôi muốn đại diện dự phòng của tôi làm người

TEAM

NAME

DẤN NHÃN EPIC TẠI ĐÂY

[M]

PT NO

[F]

DOB

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



giám hộ. Nếu tòa án quyết định chỉ định người khác thì tôi yêu cầu tòa án buộc người giám hộ đó phải hỏi ý kiến của đại diện (hoặc đại diện dự phòng) của tôi đối với tất cả các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe mà nếu tôi còn có khả năng tự quyết định thì tôi sẽ được yêu cầu cho phép.

5. Cách Rút Lại Hay Hủy Bỏ Văn Bản Chỉ Thị Đây

Tôi có thể rút lại văn bản chỉ thị này bằng cách viết văn bản hủy bỏ hoặc biểu lộ ý định hủy bỏ bằng bất kỳ cách nào khác. Tuy nhiên nếu tôi cho biết là tôi không đồng ý với một quyết định cụ thể nào đó mà người khác đưa ra thay mặt cho tôi thì chỉ việc không đồng ý đó không đủ để hủy bỏ văn bản này. **Phần**

6. Tóm Tắt và Ký Tên

Tôi hiểu ý nghĩa của văn bản này. Nếu tôi không có khả năng tự quyết định việc chăm sóc sức khỏe thì tôi chỉ dẫn đại diện của tôi phải đưa ra các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe thay mặt cho tôi. Tôi lập văn bản này một cách tự nguyện và tin rằng tôi có đủ năng lực trí tuệ và tinh thần để thực hiện việc này. Tôi muốn văn bản này bắt đầu có hiệu lực ngay cả khi tôi mất năng lực trí tuệ.

Chữ ký {chữ ký tên trước mặt hai nhân chứng nếu có nhân chứng ký tên HOẶC
trước mặt công chứng viên nếu đóng dấu công chứng}

Ngày

Lưu ý: Quý vị phải hoàn tất mục 7 (Xác Nhận của Nhân Chứng) hoặc mục 8 (Công Chứng) thì văn bản này mới có giá trị ràng buộc về mặt pháp lý.

7. Xác Nhận của Nhân Chứng {viết tên của quý vị - chứ không phải tên của nhân chứng - bằng chữ in hoa ở dòng dưới đây}

_____ là người tôi quen biết trực tiếp và tôi tin rằng ông/bà ấy có đủ năng lực để đưa ra các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe. Tôi xác nhận rằng tôi được ít nhất 18 tuổi, tôi không phải là người họ hàng ruột thịt, thông gia hay có liên hệ qua việc nhận con nuôi và tôi cũng không phải là đại diện chăm sóc sức khỏe mà ông/bà ấy chỉ định trong văn bản này. Theo tôi được biết thì tôi không phải là người thừa kế có tên trong di chúc hay bất kỳ phần bổ sung di chúc nào và không có quyền yêu cầu bất kỳ thứ gì từ khối di sản của ông/bà ấy. Tôi không tham gia trực tiếp vào việc chăm sóc sức khỏe cho ông/bà ấy và tôi không phải là nhân viên của bác sĩ hay một cơ sở chăm sóc sức khỏe nơi người lập văn bản này đang cư trú.

NHÂN CHỨNG 1

Chữ ký _____ Ngày _____
Tên bằng chữ in hoa _____ Điện thoại _____
Địa chỉ _____

NHÂN CHỨNG 2

Chữ ký _____ Ngày _____
Tên bằng chữ in hoa _____ Điện thoại _____
Địa chỉ _____

TEAM

NAME

PT NO

DOB

DÁN NHÃN EPIC TẠI ĐÂY

[M]

[F]

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine



8. Công Chứng

Tiêu Bang Washington, Quận _____

Tôi xác nhận rằng tôi biết hoặc có đủ bằng chứng thỏa đáng để tin rằng _____
đã ký văn bản này và đã khẳng định rằng đây là một hành động tự do và tự nguyện để thực hiện các
mục đích được nêu trong văn bản.

Đề ngày tháng năm 20 _____

CÔNG CHỨNG VIỄN tại và đại diện cho Tiểu Bang
Washington

Cư trú tại _____

Nhiệm vụ của tôi hết hạn vào ngày _____

Lưu ý: Fred Hutchinson Cancer Center cung cấp dịch vụ công chứng miễn phí cho giấy
DPOAHC của quý vị ở Trung Tâm Nguồn Trợ Giúp Dành Cho Bệnh Nhân và Gia Đình
nằm ở lầu 3 của bệnh viện.

TEAM

NAME

PT NO

DOB

DÁN NHÃN EPIC TẠI ĐÂY

[M]

[F]

Fred Hutchinson Cancer Center
is an independent organization
that serves as UW Medicine's
cancer program.

UW Medicine

